Questionário e dados clínicos das pacientes internadas na maternidade do HUCAM- Covid 19.

Nome: _____ Reg: _____

Telefone: _____

01. DN: ___/___/_____ 02. Idade: _____ 03. Município de residência: _____

04. Cor da pele: () preta () outra

05. Vive com parceiro: _____ 06. Escolaridade: _____

07. Número de cohabitantes: _____ 08. Número de idosos cohabitantes: _____

09. Atualmente empregada? _____

10. Comorbidades prévias: () Não () Hipertensão () Outra doença cardiovascular () Diabetes Mellitus () DPOC/asma () Doença renal crônica () Doença imunossupressora () Obesidade () IST () outro _____

Peso: _____ Altura: _____ () Uso álcool () Uso drogas. Qual? _____

() Tabagismo. Quantos/dia _____ Medicamentos? (). Quais? _____

11. Dados obstétricos:

Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Natimortos: _____ Neomortos: _____

Idade Gestacional: _____ Grupo Sanguíneo: _____

Diabetes Mellitus Gestacional: () sim () não

Síndrome hipertensiva da gravidez: () sim () não

Hiperêmes: () sim () não

Rubéola: IgG () IgM ()

Toxoplasmose: IgG () IgM ()

Anti HCV: () positivo () negativo

HBsAg: () positivo () negativo

ANTI-HIV: () positivo () negativo

VDRL: _____

Outro: _____

13. Apresentou algum dos sintomas listados desde março 20?

() Febre ou sensação de febre	() Diarreia
() Tosse	() Perda de olfato e paladar
() Dificuldade para respirar	() Espirros
() Dor de garganta	() Coriza
() Dor de cabeça	() Nenhum desses sintomas
() Astenia/mialgia	

14.1 Se sim, qual a data do início dos sintomas? _____

14.2 Qual a data do fim dos sintomas? _____

14. Nos últimos meses (desde março 20) foi atendido por um profissional da saúde?

() Sim () Não

15. Nos últimos meses (desde março 20) foi internado devido síndrome gripal?

() Sim, em enfermaria () Sim, em UTI () Não

16. Foi submetido ao teste do tipo rt-pcr de rna viral para detecção DO SARS-CoV-2?

() Não () Sim, Resultado: _____ Se sim, quando? _____

17. Teve contato próximo com caso confirmado de covid-19? () sim () não

18. Teve contato próximo com caso suspeito de covid-19? () sim () não

19. Viagem interestadual ou internacional nos últimos meses? () sim () não

21. Estava trabalhando nos últimos meses? () sim () não () trabalho remoto

22. Respeitou o isolamento social orientado pelo governo? () sim () não

23. Exame clínico na admissão:

PA: ___/___ mmhg edema: () sim () não AFU: _____ cm MS: () não () sim ___/10min

Aminiorrexe: () Sim () Não

Temp axilar: _____ Freq respiratória: _____ Freq cardíaca _____ SpO2: _____

24. Exames da internação:

Teste rápido covid-19: IgG _____ IgM _____

PCR para COVID-19 (ATÉ 48H): () positivo () negativo () não coletado

Teste rápido HIV: () positivo () negativo

Teste rápido sífilis: () positivo () negativo

Teste rápido Hepatite B: () positivo () negativo

Teste rápido Hepatite C: () positivo () negativo

25. Desfecho obstétrico: data do parto: ____/____/2020

25.1 () parto termo () parto prematuro () aborto () aborto molar () gravidez ectópica
() outro _____

25.2 () parto normal espontâneo () parto normal induzido () parto cesariana urgência () parto cesariana eletiva

25.3 Indicação parto (indução/cesariana): _____

25.4 Complicações no parto: _____

26. Dados do RN ao nascimento

() AIG () PIG () GIG

Apgar: ____/____/_____

Peso: _____ comprimento: _____ PT: _____ PC: _____ PA: _____

Clampamento cordão: () oportuno () imediato

Rotura de membranas: () no ato () antes do expulsivo/ato operatório

Tempo de bolsa rota até o parto: _____

Admissão na UTIN: () sim () não

Malformação: () sim () não Se sim, qual? _____

Trauma do RN parto: () sim () não

Morte neonatal: () natimorto () neomorto () não

Hipoglicemia: () sim () não

GS RN: _____ ()

Icterícia: () sim () não

Fototerapia: () sim () não

Peso na alta: _____ g Dias de vida: _____

Condições de alta RN: () LM exclusivo () LM + fórmula () fórmula

DATA: ____/____/2020.